UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 69

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES THYROÏDITES TYPHIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1923

PAR

THOLANCE (Camille-Franc-Alexandre-Pierre)

Né à La Seyne (Var), le 15 septembre 1897

Interne des hôpitaux de Toulon

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

RIMBAUD, Professeur. *Président.*
DUCAMP, Professeur
MARGAROT, Agrégé. } *Assesseurs.*
Dr BOUDET.

MONTPELLIER
Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1923

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
ÉTIOLOGIQUE ET CLINIQUE
DES
THYROÏDITES TYPHIQUES

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535710_0119

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 69

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ÉTIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES THYROÏDITES TYPHIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1923

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

THOLANCE (Camille-Franc-Alexandre-Pierre)

Né à La Seyne (Var), le 15 septembre 1897

Interne des hôpitaux de Toulon

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse

RIMBAUD, Professeur, *Président.*
DUCAMP, Professeur
MARGAROT, Agrégé. } *Assesseurs.*
Dr BOUDET.

MONTPELLIER
Imprimerie l'ABEILLE (Coopérative Ouvrière)
14, Avenue de Toulouse. — Téléphone : 8-78

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN.
Physique médicale	PECH.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	GRYNFELTT.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	RIMBAUD.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	H. BERTIN-SANS.
Médecine légale et médecine sociale	N...
Clinique médicale	DUCAMP. VEDEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE, *assesseur* ESTOR.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, *doyen*.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MASSABUAU.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Accouchements (Ch. de c.)	P. DELMAS.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET, BAUMEL, TEDENAT, MAIRET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	P. DELMAS.
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr F. GRANEL.
Clinique des maladies des vieillards	Dr BOUDET.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. GAUSSEL. MARGAROT.	Chirurgie	MM. RICHE. ETIENNE. LAPEYRE.
Anatomie	J. DELMAS.	Histoire natur.	GALAVIELLE. CABANNES.
Chimie	FLORENCE.	Physique	N...

Examinateurs de la thèse :

MM. RIMBAUD, profr, *président.*
DUCAMP, professeur.
MM. MARGAROT, agrégé.
Dr BOUDET.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR THOLANCE
MON PÈRE

Qui fut mon premier maître,
m'apprit à connaître les malades
et à les aimer.

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MA SŒUR

F. THOLANCE.

A MES ONCLES :

M. LE DOCTEUR E. ANDRÉ

MONSIEUR Ed. ANDRÉ

GARDE PRINCIPAL DES FORÊTS

F. THOLANCE.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANTONIN

DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

PROFESSEUR DE CLINIQUE NEUROLOGIQUE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHAUVIN

PROFESSEUR S^{t} A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

F. THOLANCE.

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIMBAUD

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE MÉDICALE
ET DE CLINIQUE PROPÉDEUTIQUE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qui nous fit l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.

A MON JURY DE THÈSE

F. THOLANCE.

AVANT-PROPOS

Arrivé au détour du chemin qui le conduira au but qu'il s'est donné, le touriste s'arrête, tourne la tête et se plaît à regarder encore le paysage qui va bientôt disparaître. Ainsi fait l'étudiant que la route parfois malaisée et glissante des examens a conduit tout à coup à cet inévitable tournant : la thèse.

Ce n'est pas sans quelque mélancolie qu'il songe à cette vie d'étudiant qu'il va quitter, faite surtout de préoccupations intellectuelles, de bienveillance de la part de ses maîtres, de solides amitiés de la part de ses camarades.

Nous nous faisons un agréable devoir de témoigner notre gratitude aux maîtres constamment bienveillants que furent pour nous MM. Malartic, Bertholet et Lemaire. Nous garderons le meilleur souvenir du temps que nous avons passé dans leurs services à l'hôpital de Toulon. La formation médicale que, grâce à eux, nous y avons acquise, nous permet d'envisager l'avenir sans appréhension.

Vous aussi, camarades d'internat, qui faisiez l'attrait et le charme de ces années d'intimité, je vous remercie

de votre franche et loyale amitié qui me fut une aide si douce et si utile dans les douloureuses circonstances qui vinrent précipiter mon départ.

« Qui nous rendra, disait Debove, cette époque de douces intimités et d'amitiés désintéressées ? »

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
ÉTIOLOGIQUE ET CLINIQUE
DES
THYROÏDITES TYPHIQUES

INTRODUCTION

L'idée première de ce travail appartient à M. le docteur Antonin (de Marseille). Nous tenons ici à le remercier de toute son obligeance et des conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner.

Que notre gratitude aille aussi à M. le professeur Roger qui a bien voulu nous communiquer une étude faite par lui dans les *Archives générales de médecine* sur les « Thyroïdites suppurées ». Ces documents ont notablement facilité notre tâche.

« Tout est dit depuis sept mille ans qu'il y a des hommes qui pensent... on ne fait que glaner parmi les anciens et les plus habiles des modernes. » (La Bruyère). Aussi n'aurons-nous pas la prétention de vouloir faire un « travail original ».

Rassembler les observations les plus typiques et les plus récentes des thyroïdites typhiques, en apporter nous-même une autre inédite et instructive, décrire les

deux formes, suppurées ou non suppurées, de cette complication éberthienne, mettre en relief les conséquences sur les fonctions de la glande thyroïde, tel a été notre but. Pour l'atteindre voici le plan que nous avons adopté.

DIVISION DU SUJET

PREMIÈRE PARTIE. — *Généralités.*

1° Historique.

2° Etiologie.

DEUXIÈME PARTIE. — Les *thyroïdites typhiques.*

1° Les thyroïdites typhiques suppurées.

2° Les thyroïdites non suppurées.

3° Les thyroïdites typhiques survenant en dehors de la fièvre typhoïde.

TROISIÈME PARTIE.

1° Complications des thyroïdites typhiques.

2° Conclusions.

HISTORIQUE

Il y a quelques soixante ans, Nélaton pouvait encore écrire : « L'inflammation pure et simple de la glande thyroïde est une affection dont on chercherait vainement dans les auteurs une description complète. » Les thyroïdites aiguës sont en effet étudiées depuis peu ; les anciens auteurs attribuaient au refroidissement ce qu'ils appelaient alors les goîtres aigus.

Au XVIII[e] siècle, Marc-Aurèle Severin aurait cependant signalé une suppuration thyroïdienne chez un tuberculeux. Marchand, Petit, Monteggia, Franck, Convudi auraient eux aussi, à cette époque, observé des abcès de la glande thyroïde. Mais il faut arriver jusqu'en 1850 pour trouver dans les travaux de Lebert et Bauchet une étude plus complète de ces affections. En 1862, Lebert, dans son travail « Maladies de la glande thyroïde », signale plusieurs cas de thyroïdite typhique. C'est donc lui qui le premier a soupçonné l'existence de cette complication de la fièvre typhoïde.

Depuis lors, cette affection a fait l'objet de nombreuses études. L'Allemagne et la Suisse, pays où le goître est surtout répandu, en ont fourni un grand nom-

bre : Lebert, en 1862, cite six observations de thyroïdite typhique ; Liebermeister quinze ; Griesenger, Dopper, Bolter, Tavel, Hirschel et Kocher apportèrent aussi leur contribution à cette étude. Plus rarement observée en France, elle y fut cependant étudiée par Laveran (Traité de pathologie), Paulet et Bousquet (au chapitre des thyroïdites de leur ouvrage). Detrieux (1879) et Pinchaud (1881) en font le sujet de leurs thèses.

Peu de temps après (1881), deux nouvelles observations en sont publiées dans les « Archives de médecine et de pharmacie » par M. l'aide-major Forgue, qui devait devenir depuis l'un des maîtres les plus éminents de notre Ecole montpelliéraine. Audureau, Chesnais (Th. Paris), Coissard (Th. Lyon), publièrent en 1902 plusieurs cas nouveaux.

A Marseille, le professeur Laget en parlait dans plusieurs de ses cliniques.

Plus près de nous, M^lle^ Kvitnitzky en fit l'objet de sa thèse en 1907.

La même année paraissait un travail sur le même sujet dans les Archives générales de médecine, dont l'auteur, M. Roger, interne-lauréat de la Faculté de Montpellier, est devenu depuis le professeur de clinique neurologique de l'Ecole de médecine de Marseille.

Par le simple énoncé de ces travaux on peut se rendre compte que, pour rare qu'elle soit, cette complication de l'infection éberthienne n'est pas exceptionnelle. Le nombre élevé des travaux dont elle a été l'objet en Suisse et en Allemagne nous rend compte de sa grande fréquence dans ces pays et nous conduit à nous occuper des conditions étiologiques qui commandent son apparition.

ETIOLOGIE

Deux conditions étiologiques président à l'apparition de la thyroïdite typhique ; ce sont : d'une part la préexistence d'un goître, d'autre part la dothiénentérie. Ce sont là les deux conditions étiologiques primordiales à côté desquelles on peut ranger à titre tout à fait accessoire l'influence du sexe et celle de l'âge.

1° Action du goître préexistant sur la localisation thyroïdienne de la dothiénentérie

Nous faisions remarquer plus haut que cette complication avait été étudiée surtout par des auteurs allemands et suisses. La raison en est simple : c'est parce que cette complication est plus fréquente dans ces pays montagneux qui sont justement des pays à goître. A l'état normal, c'est-à-dire chez le sujet sain, les tissus offrent un terrain peu favorable au développement de l'infection. L'expérience de Pasteur pour le choléra des poules vint prouver l'importance de la diminution de résistance du terrain dans l'étiologie des infections géné-

rales. Chauveau injectant par voie veineuse, après bistournage, des bacilles gangreneux et obtenant ainsi une localisation testiculaire de la septicémie expérimentalement provoquée, prouvait lui aussi l'importance primordiale du « locus minoris resistentiæ » dans la *localisation* d'une infection *générale*. Le bacille reste la cause efficiente, mais le traumatisme favorise la localisation.

La dégénérescence spéciale que subit la glande thyroïde dans le goître agirait ainsi en créant un lien de moindre résistance où l'infection septicémique viendrait faire une localisation. Maintenant l'existence d'un goître antérieur est-elle indispensable à la production de la thyroïdite?

Certains auteurs et non des moindres l'ont prétendu, et de fait on retrouve dans la plupart des observations de thyroïdites typhiques l'existence chez le malade d'un goître antérieur. Il s'agit tantôt d'un goître très volumineux gênant la malade (Star), tantôt d'un petit goître du volume d'un œuf (Forgue). Beaucoup d'autres auteurs, sans parler de goître, remarquent cependant que le cou était gros. Il est très probable que c'est par défaut d'examen complet que ce fait n'est pas noté dans quelques observations. L'hypertrophie thyroïdienne existait mais est passée inaperçue. L'influence du goître sur la production de la localisation thyroïdienne est donc certaine, mais est-on autorisé à dire pour cela qu'elle en est une condition nécessaire ?

Evidemment non. Coissard cite d'ailleurs dans sa thèse un cas dans lequel l'auteur affirme absolument que la glande était saine avant l'apparition de la thyroïdite. Il s'agit de l'observation de M. Testevin : « Le malade, intelligent et soigneux, affirmait n'avoir jamais eu de goître ; les ascendants et les parents n'en présentaient

pas davantage. Il n'avait pas habité de région où le goître fut endémique. » Dans l'observation inédite que nous rapportons il n'y avait non plus aucun gonflement antérieur du corps thyroïde. L'existence de la thyroïdite proprement dite par opposition à la strumite est donc incontestable comme complication de la fièvre typhoïde. Mais, si elle existe, elle est d'une grande rareté et la présence d'un goître antérieur est un facteur étiologique presque constant dans l'apparition de cette localisation éberthienne.

2° L'existence de la fièvre typhoïde

Dans la plupart des observations le malade chez lequel se développe la thyroïdite typhique a présenté des signes de fièvre typhoïde. Nous étudierons à part les cas de thyroïdite typhique sans fièvre typhoïde et nous verrons qu'ils sont absolument exceptionnels. C'est en général au moment de la convalescence que se déclare cette complication — quelquefois cependant (cas de M. Antonin) c'est dès le début de la pyrexie — ou bien à la fin du deuxième septénaire (cas de Jeanselme). Il existe aussi des observations où elle fut beaucoup plus tardive, n'apparaissant qu'à la fin de la convalescence (Dupraz-Bolter).

On voit cette complication accompagner aussi bien des formes légères de fièvre typhoïde (cas de Bolter) que des formes très graves (cas d'Audureau, Krause et Hartog). C'est cependant dans les fièvres typhoïdes de moyenne gravité qu'elle est la plus fréquente.

Les conditions étiologiques secondaires qui paraissent favoriser la production de ces thyroïdites typhiques sont

le sexe et l'âge. Le sexe féminin y serait plus exposé en raison des congestions répétées auxquelles est soumise la glande au moment des époques cataméniales et pendant la grossesse.

Au sujet de l'âge, l'observation rend compte que cette complication ne se rencontre pas chez les sujets âgés.

Les anciens attachaient enfin la plus grande importance au rôle étiologique du froid.

Les conditions les plus favorables à la production de la thyroïdite typhique seront donc réalisées lorsqu'on verra apparaître une fièvre typhoïde classique chez une femme déjà atteinte de goître.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

TABLEAU CLINIQUE ET DIVISION

Dans la plupart des cas il s'agit de malades atteints d'un goître plus ou moins ancien, ayant présenté tous les signes d'une fièvre typhoïde bien caractérisée, à évolution typique ; tout s'était passé normalement et à la troisième semaine la défervescence s'était établie sans que rien puisse faire prévoir une complication. Alors surviennent des *douleurs* localisées au cou; cette région devient le siège d'une *tuméfaction* douloureuse. La température subit une réascension qui s'accompagne de frissons et de malaises. A l'examen on trouve la glande thyroïde plus volumineuse qu'elle n'était, douloureuse au toucher ; la peau qui la recouvre, rouge et vascularisée, est le siège d'une infiltration assez marquée. Quelques jours après la fluctuation ne tarde pas à se faire sentir et à nécessiter l'incision.

L'évacuation de la collection purulente est en général suivie d'une guérison assez prompte qui survient dans l'espace de quinze jours environ.

C'est ainsi que se présente ordinairement la thyroïdite typhique, mais cette affection ne reproduit pas toujours le tableau ci-dessus ; à côté de cette forme survenant au *cours* de la *fièvre typhoïde* et évoluant vers la *suppuration* il en est d'autres qui n'ont au contraire aucune *tendance* à la suppuration ou bien qui évoluent en *dehors* de toute fièvre *typhoïde*. D'où deux grandes classes de thyroïdites typhiques :

1° Les thyroïdites typhiques suppurées ;

2° Les thyroïdites typhiques non suppurées.

Nous y ajouterons une étude sur les thyroïdites typhiques survenant en dehors de la fièvre typhoïde.

CHAPITRE II

LES THYROÏDITES TYPHIQUES SUPPURÉES

Ce sont celles dont nous avons donné la description plus haut. En quelques jours s'établit dans la glande thyroïde un véritable abcès. Il y a lieu de se demander quelles sont les relations exactes qui unissent dans ces cas la fièvre typhoïde du malade et l'affection thyroïdienne. En un mot ne s'agit-il que de deux localisations différentes de la même infection, ou bien faut-il y voir deux affections étrangères l'une à l'autre ou n'ayant que des rapports éloignés ?

Cette question pathogénique fut longtemps controversée. D'aucuns n'y voyaient dans la coexistence de ces deux affections — fièvre typhoïde et abcès thyroïdien — qu'une simple coïncidence. Le bacille d'Eberth étant d'une part réputé absolument incapable de produire la suppuration, celle-ci était attribuée à l'infection secondaire et facile à expliquer par l'état d'anémie d'un organisme débilité par une longue et grave maladie. Ces malades auraient fait en somme une thyroïdite comme ils font quelquefois un abcès secondaire à une injection.

D'autres auteurs plus prudents ne voulaient pas conclure. « Y voir (dans les abcès thyroïdiens qui accompagnent la fièvre typhoïde ou la diphtérie) une décharge éberthienne, un développement intra-thyroïdien du bacille d'Eberth ou de Klebs, ce serait se risquer à une hypothèse discutable », disait M. le professeur Forgue en 1886. « Il faudrait pour lever les doutes, disait encore Charvot en 1890, que le microscope montrât dans la trame de la glande thyroïde enflammée, dans le pus issu de la fonte purulente, le microbe typhique, le bacille d'Eberth. »

Or, depuis, les progrès réalisés par la bactériologie ont permis de prouver nettement que le bacille d'Eberth est capable lui aussi de produire la suppuration, et les observations de cholécystites, d'orchites, de méningites et d'ostéoporites à bacilles d'Eberth sont parfaitement connues. Mieux encore, cette preuve absolue demandée par Charvot est actuellement établie : c'est la preuve par le microscope. Les observations que nous allons reproduire en témoignent ; mais ces thyroïdites typhiques à bacilles d'Eberth ne représentent pas tous les cas, il en est où on trouve dans le pus *des associations*, d'autres enfin où il s'agit de pus stérile.

D'où la subdivision des thyroïdites typhiques suppurées :

1° A pus Eberth à l'état de pureté ;
2° A association microbienne ;
3° A pus stérile.

§ 1. Observations de thyroïdites typhiques suppurées à bacilles d'Eberth pur

Obs. I. — Colzi. *Lo Sperimentale*, 1891, XLV, 93-101. Homme de 23 ans, ayant depuis 3 ans un goître du

volume d'une petite orange. A la fin de la période de déclin d'une fièvre typhoïde surviennent de la douleur, au niveau de son goître, de la gêne à la déglutition, de la fièvre.

L'incision donne issue à un pus crémeux, nauséabond, mélangé de gaz.

Examen bactériologique. — Bacille ne prenant pas le Gram, présentant dans ses cultures les caractères du bacille typhique. Pas de réaction indol, pas de coagulation du lait.

On est donc autorisé, dit l'auteur, à considérer dans ce cas le bacille d'Eberth comme l'agent de l'inflammation et de la suppuration. Les phénomènes généraux — abattement, amaigrissement — sont semblables à ceux que l'on observe dans les suppurations typhiques expérimentales.

Obs. II. — Tavel. *Ueber Ætiologie der Strumites*, 1892.

Jeune fille, 10 ans. Strumite précédée de phénomènes fébriles attribuables à une fièvre typhoïde atténuée. Suppuration, ponction, excision.

Examen bactériologique. — Bacilles mobiles, courts, ne prenant pas le Gram, ne donnant pas de gaz sur agar. Indol négatif. Sur pomme de terre aspect d'Eberth.

Obs. III. — Dupraz. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1892, p. 76-84.

Homme, 33 ans, goître antérieur, à la période de convalescence d'une dothiénentérie : thyroïdite suppurée. Incision, grande quantité de pus.

Examen bactériologique. — Bacilles courts et longs, très mobiles.

Cultures : pas d'indol, pas de coagulation du lait. Inoculation : procure un abcès à bacilles d'Eberth.

Obs. V. — Sestini et Bacciochi. *Racoglitore medico*, 1894.

Femme, 30 ans, possédant un goître depuis l'âge de 18 ans, du volume d'une noix. A son entrée elle était en défervescence d'une fièvre typhoïde, lorsque la température subit une nouvelle ascension. Son goître devint du volume d'une orange, rouge, douloureux, puis fluctuant.

Examen bactériologique. — Bacille d'Eberth. Inoculation au lapin positive.

Obs. VI. — Sestini et Bacciochi. *Racoglitore medico*, 1894, Observ. II.

Femme, 16 ans. Dothiénentérie. Goître depuis l'enfance. A la 3e semaine, thyroïdite typhique. Mort par hémorragie.

Examen du pus. — Caractères morphologiques et culturaux du bacille d'Eberth. Inoculation positive.

Obs. VII. — Hagmann. — Etiologie de la strumite (Chirurgie russe, 1898).

Maladie ayant débuté il y a trois semaines. Rate percutable. Délire. Gargouillements dans la fosse iliaque droite. Tableau de typhoïde.

Goître développé progressivement ayant atteint le volume d'un poing.

Douleur, fluctuation, thyroïdite typhique. Incision.

Examen bactériologique. — Examen direct : bâtonnets. Culture sur agar, pomme de terre, montre une culture typique d'Eberth. Pas de coagulation du lait. Séro Widal positif.

Obs. VIII.— Schudmak et Vlachos. *Wien. klin. Woch.*, 19 juillet 1900.

Homme, 30 ans, goître léger, fièvre typhoïde classique. Thyroïdite.

Examen bactériologique donne bacille typhique.

Obs. IX. — Barterelli. *Giorn. Acad. di med. di Turino*, 1900.

Homme ayant un petit goître, présente une fièvre typhoïde à la fin de laquelle il fait une thyroïdite suppurée.

Bacilles ne coagulant pas le lait ; pas de fermentation en milieu sucré, séro positif à 1/30. Inoculation positive.

Plus près de nous de semblables cas ont été publiés par Roque et Bancel (Bull. Soc. méd. de Lyon, 1903), Krause et Hartog (Berlin. klin. Woch., 1903), Niclot (*in* Coissard, Th. Lyon, 1902).

Pendant la guerre Tourneux en publiait une observation très caractéristique.

Obs. X. — Tourneux. *Progrès médical*, 21 août 1920.

Jean C..., âgé de 25 ans, 26e régiment de Dragons, évacué le 12 septembre 1917 sur l'hospice mixte de Sézanne pour fièvre typhoïde. Séro de Widal positif.

Cette dothiénentérie suivait son cours normal et la défervescence avait commencé à s'ébaucher lorsque, au 25e jour de sa maladie, l'intéressé se plaignit de ressentir une légère douleur au niveau du cou. Les douleurs vont s'accentuant, présentant des irradiations vers la nuque et les oreilles ; elles s'accompagnent les jours suivants

d'une tuméfaction de la région sous-thyroïdienne, tandis que la peau sus-jacente devient rouge.

Dyspnée, température. La tuméfaction ne tarde pas à devenir fluctuante.

L'incision donne issue à un pus de couleur jaune-verdâtre, dans lequel l'examen bactériologique pratiqué à Châlons permit de reconnaître la présence de bacilles d'Eberth à l'état de pureté.

Il nous reste maintenant à citer l'observation publiée en 1907 par M. Roger. Nous la publierons in-extenso car tous les moyens ont été mis en œuvre pour qu'il ne reste aucun doute sur la véritable nature du bacille isolé. D'autre part, ce qui en augmente encore l'intérêt, c'est que cette malade a été revue depuis par M. le professeur Roger et qu'il a pu juger des conséquences lointaines de cette suppuration éberthienne. Nous nous proposons de les opposer aux désordres fonctionnels qui résultent des thyroïdites non suppurées.

Obs. XI. — Roger. *Archives générales de médecine*, octobre 1907.

Thyroïdite suppurée post-typhique à bacille d'Eberth.

Eugénie P..., âgée de 29 ans, entre à l'hôpital Suburbain, salle Espéronnier, dans le service du professeur Grasset, le 2 septembre 1906, pour une fièvre typhoïde dont le début remonte à huit jours environ.

Sa dothiénentérie évolue avec des phénomènes graves; se complique, vers la fin de sa période de déclin, de bronchopneumonie avec de grandes oscillations de température, délire, phénomènes de collapsus cardiaque. La malade entre en apyrexie le 1er octobre. C'est alors

vers le début de sa convalescence qu'elle remarque que son cou grossit légèrement, sans phénomènes douloureux, ni poussée inflammatoire d'aucune sorte.

Interrogée sur ses antécédents, elle ne relate aucune maladie antérieure mais un passé génital assez chargé : réglée à 9 ans elle a eu un avortement provoqué à 13 ans et demi, une grossesse normale à 15 ans. Depuis, deux autres avortements et trois autres enfants nés à terme. La malade est originaire de Bessèges (Gard) ; il n'y a de goître ni dans sa famille, ni dans son pays. Elle a remarqué que depuis six ans environ elle avait « une petite grosseur » au cou qui augmenta très sensiblement il y a trois ans, lors de son avant-dernière grossesse, et est restée stationnaire depuis, faisant une saillie légèrement appréciable, mobile avec les mouvements de déglutition.

Le 15 octobre survient une *poussée inflammatoire ;* la région thyroïdienne déjà augmentée de volume devient chaude, rouge, un peu douloureuse à la pression. Les mouvements de déglutition sont un peu gênés. On sent sur la partie antérieure du cou une tuméfaction dure, régulière, descendant jusqu'au sternum, s'étendant plus du côté gauche que du côté droit. Pas d'hyperthermie. On tente le traitement résolutif par des pansements humides et de l'iodure de potassium par la voie digestive.

Le 11 novembre la malade, sortie de l'hôpital depuis quelques jours, y vient de nouveau : depuis deux jours elle souffre. Les phénomènes inflammatoires (chaleur, rougeur) ont reparu. La tuméfaction s'est de nouveau accrue.

Le 19 novembre, à la partie médiane et inférieure du cou, la peau est soulevée par une tuméfaction de la grosseur d'une petite mandarine, dont le contour se

continue insensiblement avec la peau avoisinante. En ce point la peau est rouge, un peu ridée et parcheminée, desquamant par endroits ; ce point est le siège d'une fluctuation très nette et très superfieielle, la pression n'y détermine aucune douleur. Il existe en même temps un peu de tuméfaction de la région sous-maxillaire droite et on sent quelques ganglions légèrement douloureux à la pression en arrière et à l'angle du maxillaire inférieur.

Le pouls est à 96. Pas d'exophtalmie.

Les signes de suppuration étant manifestes, nous incisons le 19 novembre cette collection sous anesthésie locale. Il n'y a que très peu de pus jaune-verdâtre très fétide.

Le 15 janvier, la malade est guérie, il persiste à peine un petit pertuis laissant suinter quelques gouttes séropurulentes. On sent une hypertrophie du corps thyroïde de moyen volume faisant saillie sous la peau.

L'examen du pus soigneusement fait a donné les résultats suivants :

1° Examen direct : bacilles mobiles.

2° Examen après coloration : ne prenant pas le Gram.

3° Lait : ne coagule pas.

4° Pomme de terre : culture blanchâtre, lisse, humide.

5° Agar : aspect coli ou Eberth.

6° Indol : négatif.

7° Agglutination très nette à 1/10.000.

8° Inoculation au cobaye : tout à fait positive.

En somme, ce microbe présente tous les caractères du bacille d'Eberth.

Il ne saurait donc subsister aucun doute, c'est bien le bacille d'Eberth qui à la suite de cette fièvre typhoïde est venu causer cette thyroïdite suppurée.

§ 2. **Thyroïdites typhiques à association microbienne**

L'existence de la thyroïdite suppurée, à bacille d'Eberth pur, compliquant une fièvre typhoïde est donc absolument certaine.

Ceci étant établi, il nous reste à nous occuper des thyroïdites à germes mixtes.

En effet, à côté de ces observations de thyroïdites typhiques dans lesquelles on trouve le bacille d'Eberth à l'état pur, existe toute une série de cas, plus rares il est vrai, où on rencontre à côté de lui d'autres bacilles associés.

Nous allons en donner quelques exemples et tâcher de dégager la part qui revient dans la production de l'inflammation à chacune des espèces en présence.

Obs. XII. — Chantemesse, *in* Traité de médecine Charcot-Bouchard, 1891, tome I.

« J'ai vu la thyroïdite suppurée renfermer des bacilles typhiques à côté d'autres microbes de la suppuration. »

Obs. XIII. — Spirig. *Correspond. für schweizer Aerlze*, 1891.

M. G..., Suissesse, 22 ans, goître antérieur, atteinte au mois de juillet 1891 d'une fièvre typhoïde. Au début de la cinquième semaine de sa maladie, elle présente sur le côté droit du cou, au niveau de son goître, une tuméfaction douloureuse. L'évolution fut subaiguë et ce n'est qu'au bout de deux mois que sa tumeur atteignit le volume d'un œuf d'oie.

L'incision permit d'évacuer un pus fluide dans lequel

l'examen permit de reconnaître deux espèces nettement différenciées : l'une présentant les réactions caractéristiques du bac. d'Eberth, l'autre celles du Staphyloc. pyogenes albus.

Après Spirig, Jeanselme nous montre le bacille typhique associé à un microbe voisin du staphylocoque.

Obs. XIV. — Jeanselme. *Archives de médecine*, 1892. Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans qui porte un goître depuis l'âge de 13 ans, survenu après un séjour de 3 mois dans un pays à goître, à Salins (Jura). A son entrée à l'hôpital St-Louis son goître avait à peu près le volume d'une pêche. L'intéressé était alors atteint depuis 10 jours environ de dothiénentérie typique.

Pendant l'évolution de sa fièvre typhoïde son goître n'a cessé d'augmenter ; la peau qui le recouvrait devint ensuite rouge et présenta tous les signes de l'œdème inflammatoire. Cette inflammation aboutit bientôt à la suppuration.

L'examen bactériologique du pus prélevé a donné un double résultat :

1° Bacilles actifs et allongés, très mobiles, ayant tout les caractères du bacille d'Eberth.

2° D'autres bacilles, courts et ovoïdes, ressemblant au staphylocoque.

Le bacille d'Eberth inoculé s'est montré très virulent.

Le bacille ovoïde n'a provoqué chez l'animal en expérience aucune réaction.

Reste l'observation de Chesnais (Th. Paris, 1902) dans laquelle l'association était due à des cocci très peu nom-

breux et très peu virulents, venant très probablement d'un défaut de technique au cours du prélèvement.

Si nous écartons les bacilles trouvés par Chantemesse, sur lesquels nous avons trop peu de renseignements, les germes responsables de ces associations microbiennes ne sont guère que des staphylo, ou des germes très voisins.

Spirig pensait, après son observation, que la suppuration dans ces cas d'association était toujours due à cette infection secondaire ; or nous avons vu que le bacille d'Eberth pouvait bien à lui seul provoquer la suppuration.

D'après Jeanselme, au contraire, le bacille d'Eberth serait l'agent de la suppuration. Tout porte à croire qu'il en est ainsi dans son observation puisque les germes d'infection secondaire inoculés se sont montrés peu virulents, alors que les bacilles d'Eberth ont causé de violentes réactions.

Quelle est maintenant l'origine de cette infection secondaire ? Il n'est point défendu de penser qu'elle a un point de départ intestinal. Cela expliquerait l'association fréquente du Bacterium coli qui pullule dans l'organisme des typhiques (cas de Tavel, de Brünner).

C'est à la faveur des brèches intestinales produites par l'affection que ces bacilles d'association pourraient pénétrer dans l'organisme. C'est l'opinion de Jeanselme : « Nous pensons, dit-il, qu'il s'agit peut-être d'un de ces nombreux microbes qui ont l'intestin pour habitat normal et que ce microorganisme aura émigré dans la glande thyroïde grâce aux ulcérations intestinales. »

Les ulcérations de la bouche et de la gorge qui accompagnent fréquemment la fièvre typhoïde peuvent, elles

aussi, créer autant de portes ouvertes aux bacilles de l'infection secondaire.

Les conclusions à tirer de cette étude sur les thyroïdites suppurées à associations microbiennes sont donc :

1° Que ces formes de thyroïdites sont beaucoup plus rares dans les complications de la fièvre typhoïde que celle à bacille d'Eberth pur ;

2° Que le bacille d'Eberth en reste le germe le plus important ;

3° Que rien dans leur évolution ni dans leurs symptômes ne permet de les distinguer des précédentes.

§ 3. Thyroïdites suppurées à pus stérile

Il existe en effet un certain nombre d'observations dans lesquelles les recherches les plus complètes et les plus consciencieuses n'ont pas permis, malgré les moyens perfectionnés et sensibles mis en œuvre, de découvrir aucun bacille pathogène.

Ces suppurations aseptiques ne sont pas propres à la fièvre typhoïde.

Botler a rapporté un cas de thyroïdite suppurée métapneumonique sans microorganismes.

Schwitzer en a publié une autre observation en 1893 *in* Internationale klin. Rundschau. Cette thyroïdite suppurée aseptique était survenue sans cause appréciable.

C'est une complication tout à fait exceptionnelle dans la fièvre typhoïde. Coissard en rapporte un cas dans sa thèse observé dans le service de M. le médecin-major Niclot à l'hôpital Desgenettes dont voici le résumé :

Obs. XV.— Niclot (Coissard. Thèse Lyon, 1902).

Il s'agit d'une dothiénentérie typique s'accompagnant

de céphalée, épistaxis, taches rosées, gargouillements dans la fosse iliaque droite, diarrhée, bronchites.

Séro-réaction de Widal franchement positive.

La défervescence survient à la troisième semaine et l'on est en droit de compter sur la terminaison sans accidents, lorsque la malade attire l'attention sur une tuméfaction située sur la face antérieure du cou. Elle ne tarde pas à prendre des allures inflammatoires et à présenter de la fluctuation.

Le pus est évacué et examiné par M. le médecin-major Niclot.

Les *frottis* n'ont révélé l'existence d'*aucun microbe*.

Les *cultures* sur les milieux généralement employés se sont montrées *stériles*.

L'*inoculation* au cobaye fut faite sans *résultat*.

Donc, *thyroïdite suppurée aseptique*.

En résumé, les thyroïdites typhiques suppurées sont des complications rares de la dothiénentérie. Elles surviennent surtout au moment de la convalescence, s'accompagnent de signes d'inflammation locale et de phénomènes généraux.

Elles sont le plus souvent causées par le bacille d'Eberth lui-même rarement associé à d'autres microorganismes pyogènes. La thyroïdite suppurée aseptique est tout à fait exceptionnelle.

Pour être complet, nous devrions maintenant étudier les conséquences de cette complication. Nous avons jugé préférable de les rassembler dans un chapitre où nous pourrions mieux les opposer à celles qui résultent des thyroïdites non suppurées. Ce sont donc ces dernières qui vont faire l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE III

LES THYROÏDITES TYPHIQUES NON SUPPURÉES

Elles peuvent être rangées sous deux chefs :

1° Thyroïdites ayant d'abord évolué vers la suppuration et qui à un moment de leur évolution ont régressé : thyroïdites suppurées avortées ;

2° Thyroïdites non suppurées proprement dites qui dès leur début n'ont présenté aucune tendance suppurative.

Les unes et les autres se voient rarement au cours de la fièvre typhoïde.

1° Thyroïdites suppurées avortées

La résolution, assez fréquente dans les thyroïdites banales, est au contraire beaucoup plus rare dans les thyroïdites typhiques. Cela tient certainement à l'état de profonde anémie dans lequel se trouvent les convales-

cents de dothiénentérie. Ne les voit-on pas faire très facilement des abcès ?

On cite cependant quelques cas de résolutions semblables.

Dans un cas identique de M. le professeur Forgue l'engorgement s'est terminé par une induration persistante.

Charvot en cite un autre exemple dans la Revue de chirurgie.

Obs. XVI. — Hublé (cité par Charvot, *in* Rev. de chir., 1890).

Il s'agit d'un jeune soldat, une recrue qui au cours de la convalescence d'une fièvre typhoïde a présenté les symptômes habituels d'une thyroïdite typhique. Ascension de la température, douleur locale, tuméfaction. Légère infiltration de la peau.

Or en quelques jours les phénomènes généraux et locaux se mirent à diminuer. En peu de temps la glande revint à ses dimensions normales. Quatre mois après persistait seulement un léger degré d'atrophie.

Ces cas sont d'ailleurs tout à fait exceptionnels dans la thyroïdite typhique ; la suppuration en est l'évolution normale.

2° **Thyroïdites typhiques non suppurées proprement dites**

Ce sont celles qui dès le début de leur évolution ne s'accompagnent d'aucun signe d'inflammation. Ces thyroïdites non suppurées apparaissent soit au cours de la fièvre typhoïde, soit pendant la convalescence : le début

pendant la convalescence paraît plus fréquent. L'apparition de cette complication peut parfois passer inaperçue. Dans quelques cas au contraire il se traduit par de la douleur, une sensation de striction au niveau du cou, et une augmentation de volume du corps thyroïde. L'inspection à jour frisant permet d'y reconnaître des battements. La palpation rend compte mieux encore de cette hypertrophie.

Avec cela aucun signe extérieur d'inflammation locale. La peau n'est ni rouge, ni tendue, ni vascularisée.

Ces symptômes locaux passent souvent inaperçus au début. Ils sont alors précédés par des phénomènes généraux traduisant l'hyperthyroïdie.

Le plus précoce serait peut-être l'accélération du pouls, accélération tout à fait anormale au cours de la fièvre typhoïde, puis l'éclat particulier des yeux et surtout un tremblement à caractère Basedowien qui attire particulièrement l'attention.

Nous ne ferons que les citer ici, nous réservant d'en reparler au chapitre des complications dont ils font partie puisqu'ils relèvent d'une hyperthyroïdie au début, conséquence de cette inflammation spéciale de la glande.

Nous citerons trois observations de thyroïdites non suppurées : l'une rapportée par Gilbert et Castaigne, l'autre qui concerne un malade observé à l'hôpital Desgenettes par le médecin-major Benoit et la troisième inédite que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Antonin (de Marseille).

Obs. XVII. — Gilbert et Castaigne (résumée), *in* Soc. biologie, 1899.

Jeune fille, 16 ans, aucune tare névropathique héréditaire ni personnelle, fait à l'âge de 15 ans une fièvre

typhoïde dont la période pyrétique dura trois semaines et dont la convalescence fut régulière. Dans les premiers jours qui suivirent l'apyrexie la malade se plaignit de douleurs vagues dans la région du corps thyroïde et la mère constata une augmentation notable du volume du cou. Un mois après les yeux devenaient *brillants* et étranges, en même temps le goître devenait nettement appréciable. A l'heure actuelle et depuis plus de 2 ans la malade a tous les signes classiques de la *maladie de Basedow*.

Obs. XVIII. — Benoit. *Archives générales de neurologie*, 1900.

Soldat, 22 ans (grand'mère et tante atteintes de goître), entre à l'hôpital de Desgenettes, le 18 sept. 1897, pour une dothiénentérie classique. Pendant la convalescence s'établit une *tachycardie* tenace. Au bout de quelques jours apparut un léger tremblement des mains.

La situation était telle lorsque le 29 novembre, en pleine convalescence de sa fièvre typhoïde, le malade attira l'attention sur son cou qui avait démesurément grossi. Pas de douleur spontanée ou provoquée. Pas de réseau veineux superficiel. Aucun indice de fluctuation ou de ramollissement. Il persistait un *tremblement* oscillatoire très fin des mains et on pouvait constater en même temps un éclat du regard très notable. Le malade avait aussi des bouffées de chaleur qui survenaient surtout le soir.

Cet état demeura sans grande modification jusqu'à la sortie du malade.

Observation XIX

(Inédite)

(Dr Antonin, de Marseille, 1923)

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, auprès de laquelle nous sommes appelés d'urgence le 28 juin. Nous nous trouvâmes en présence d'une jeune malade extrêmement *angoissée*, pâle, très agitée ; elle était assise sur son lit et accusait une douleur extrêmement vive de la région pharyngée, avec sensation de striction et impression d'angoisse très violente. Le tout d'ailleurs ne s'accompagnait ni de tirage sus-sternal, ni même d'une dyspnée bien caractérisée. Nous pratiquâmes aussitôt un examen de la gorge qui fut absolument négatif.

Par contre, la température de cette malade atteignait déjà 39°. *Son pouls était à 120.* Sa *tension* au Vaquez était de *14-17.*

Nous apprîmes qu'elle avait eu des saignements de nez abondants ; elle accusait de la diarrhée. Le tableau clinique était dominé par une céphalée intense et tenace.

Les crises d'angoisse qui nous avaient frappés dès notre premier examen se sont reproduites dans la nuit et les trois jours suivants, puis ont disparu définitivement. Très rapidement le tableau clinique se précisa et il ne fut pas difficile de poser dès le deuxième jour le diagnostic de fièvre typhoïde qui fut vérifié par tous les moyens classiques de laboratoire : hémoculture, sérodiagnostic. On trouva même le bacille d'Eberth dans les urines.

Nous passons sur le détail de l'évolution de la maladie qui se termina heureusement après une durée de 60 jours. Mais nous tenons à insister sur un détail important : dès les premiers jours nous fûmes étonnés de constater que cette malade avait un pouls très rapide (entre 120 et 140), phénomène anormal au cours d'une fièvre typhoïde si nettement caractérisée.

En palpant la région du corps thyroïde et en l'examinant à jour frisant on constatait une *hypertrophie notable* de cet organe, s'accompagnant d'un *tremblement* manifeste, ayant toutes les caractéristiques du tremblement basedowien. C'était un tremblement généralisé avec prédominance aux mains et à la tête. Ce tremblement était même à la fois spontané et intentionel, non modifié par la volonté.

Nous ferons remarquer ici la rapidité du pouls, 120 pour une température de 39°. Nous sommes loin de la dissociation du pouls et de la température classique dans la fièvre typhoïde. Elle traduisait déjà l'irritation du corps thyroïde. Cette manifestation précoce des troubles endocriniens, apparue dès le début de l'infection générale, ne se retrouve dans aucune autre observation. Elle est remarquable aussi par son intensité, les phénomènes d'angoisse et d'anxiété ont dominé au début le tableau clinique.

Ici encore ce sont : la rapidité du pouls, le tremblement, la tuméfaction locale qui ont permis de poser le diagnostic, ce dernier symptôme traduisant directement l'hypertrophie inflammatoire, les deux autres étant au contraire le résultat des troubles apportés dans son fonctionnement, troubles que nous étudierons avec les complications des thyroïdites typhiques.

CHAPITRE IV

LES THYROÏDITES TYPHIQUES EN DEHORS DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Peut-il y avoir de thyroïdite typhique sans fièvre typhoïde ?

A priori cette localisation primitive de l'infection éberthienne sur un organe aussi vascularisé que le corps thyroïde ne paraît pas une impossibilité. L'infection typhique est en effet, avant tout, une infection sanguine générale, une septicémie dont la localisation intestinale, secondaire, crée la fièvre typhoïde. A la période de septicémie proprement dite correspondent tous les signes de la phase d'invasion (céphalée, épistaxis, etc.). Si l'organisme n'est pas en état de réceptivité, s'il a été vacciné par une éberthiénentérie antérieure, ou si sa résistance générale a été augmentée par toute autre cause, on pourra très bien ne pas voir se produire de fièvre typhoïde, mais une simple localisation sur un lieu de moindre résistance, le corps thyroïde pouvant être alors intéressé au même titre que les cholécystites et les

appendicites typhiques d'emblée aujourd'hui classiques.

Nous trouvons trois observations de thyroïdites suppurées à bacilles d'Eberth sans fièvre typhoïde bien caractérisée.

Obs. XX. — Niclot, *in* Thèse Coissard. Lyon, 1902.

« Il s'agit d'un soldat âgé de 22 ans, possédant un goître de date déjà ancienne. Il ne présente *absolument aucun antécédent* de *fièvre typhoïde* ni aucun trouble gastro-intestinal.

En 1899, sans autre prodrome qu'une tachycardie persistante et une certaine cyanose des extrémités, le malade voit son goître devenir douloureux et augmenter de volume. La fièvre s'installe, un abcès se constitue. Le contenu était du pus, assez abondant, bien lié. Après ouverture de l'abcès thyroïdien la fièvre tombe définitivement.

Examen bactériologique. — Bacille d'Eberth caractérisé par sa morphologie, sa biologie, ses réactions colorantes, la non-production d'indol, ni de coagulation du lait. L'agglutination et l'inoculation vinrent contrôler ces résultats. »

Il s'agissait donc bien ici d'une thyroïdite typhique sans fièvre typhoïde, d'une localisation primitive à la glande thyroïde qui n'a été accompagnée d'aucun symptôme permettant de la rattacher à une dothiénentérie concomitante. Il faut en rapprocher l'observation de Kümmer et Tavel (Soc. de chirurgie, 1891).

Obs. XXI. — Kümmer et Tavel. — Soc. chir., 1891.

Jeune fille de 25 ans, goître préexistant, présentant depuis 8 jours de la diarrhée et une fièvre légère que viennent compliquer bientôt des phénomènes d'inflam-

mation du corps thyroïde. L'ablation du lobe enflammé permit d'analyser le pus et d'y trouver le bacille typhique.

Kümmer et Tavel considèrent cette observation comme un cas de thyroïdite typhique sans fièvre typhoïde ; nous ferons remarquer au contraire que la période de 8 jours qui a précédé l'inflammation thyroïdienne, période durant laquelle furent observés des troubles intestinaux et de la fièvre, paraît bien appartenir à une dothiénentérie atténuée, à une de ces formes appelées typhus ambulatorius ou typhus levissimus.

Pour en finir avec l'étude de la coexistence de la fièvre typhoïde et de la thyroïdite typhique, nous en citerons une observation publiée récemment par MM. Planche et Bocca in *Marseille méd.*, 1er oct. 1920.

Dans l'observation de Niclot nous n'avions relevé aucune trace de fièvre typhoïde, dans celle de Kümmer et Tavel nous avions retrouvé une dothiénentérie atténuée, dans celle de Planche et Bocca nous nous trouvons en face d'une affection générale très intense mais qui ne rappelle la fièvre typhoïde ni par ses caractères cliniques, ni par ses caractères biologiques.

Obs. XXII. — Planche et Bocca. *Marseille médical*, 1er octobre 1920.

Il s'agit du jeune Auguste S..., âgé de 14 ans, journalier dans un pensionnat suburbain, admis le 27 février 1920 dans le service du professeur d'Astros. Sa maladie datait de 4 jours, était survenue brusquement, ayant débuté par de la céphalée, un peu de diarrhée, des vomissements et une élévation brusque et forte de la température. Puis, brusquement encore, vers le deuxième jour était survenu l'état spécial pour lequel il est amené à l'hôpi-

tal : stupeur, affaissement, température élevée : 40 degrés.

A l'examen, le malade répond mal aux questions qu'on lui pose ; il est affaissé, pas de délire, pas d'agitation ; il semble plutôt dormir.

Examen du système nerveux. — Motilité : Pas de paralysie sauf au niveau de la face, légère parésie droite. Tonus musculaire normal. Dans le côté gauche du corps, quelques secousses myocloniques fugaces et légères, scindant avec plus de brusquerie et moins d'extension les mouvements choréiformes atténués.

Réflexes : Légère raideur de la nuque. Kernig assez marqué. Réflexes plutôt exagérés.

Sensibilité : Malgré la torpeur, la sensibilité paraît plutôt exagérée.

Organes des sens. — Les yeux sont fermés comme dans le sommeil, il faut crier bien fort pour que le malade soulève avec peine ses paupières, mais il ne découvre jamais largement ses globes oculaires. Pas de strabisme, il existe un certain degré de mydriase. Les réflexes pupillaires sont paresseux.

Appareil digestif. — Langue saburrale, abdomen ballonné et souple, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, foie de dimensions normales, rate percutable sur une étendue de deux travers de doigt.

Le 28 février, c'est-à-dire le cinquième jour de la maladie, l'*hémoculture* pratiquée donne un résultat *négatif*. La ponction lombaire permet de retirer un liquide légèrement hypertendu, mais clair. 0,22 centigrammes d'albumine à l'albuminimètre de Sicard. Trois éléments à la Nageotte.

Devant cet ensemble de symptômes avec une hémoculture négative, on pense se trouver en face d'une encéphalite léthargique.

Le 29 février, la température et le pouls baissent, l'état général devient meilleur, le malade s'éveille un peu. Cette amélioration fut interrompue par la production d'un abcès à la face externe de la cuisse, au niveau du siège d'une injection. L'abcès mûrit le 10 mars, est incisé et la température tombe à la normale le 13.

Une *séro-réaction* de *Widal* pratiquée le dix-septième jour de la maladie a été *négative*. Ce résultat éloigne encore l'idée d'une fièvre typhoïde.

Le 20 mars apparaît une tuméfaction douloureuse au niveau du corps thyroïde qui augmente rapidement et nécessite l'incision. La température, qui avait subi une réascension à l'occasion de cette complication, redevient normale après incision et le malade entre en période de convalescence.

L'examen bactériologique du pus fit reconnaître des bacilles possédant la morphologie et les caractères de culture et de coloration du bacille typhique. Il est agglutiné par le sérum agglutinant de l'Institut Pasteur.

Fait intéressant à noter, un nouveau séro-diagnostic pratiqué le 2 avril s'est montré positif (quarantième jour de maladie).

Cette observation montre donc :

Une période d'infection mal déterminée où prédominaient surtout les phénomènes nerveux au cours de laquelle hémoculture et séro-diagnostic sont restés négatifs.

Une période de localisation thyroïdienne à bacilles d'Eberth après laquelle le séro-diagnostic est devenu positif.

En raison du résultat négatif des hémocultures et séro-diagnostic, pratiqués en temps utile et pour une

affection aussi aiguë, nous pensons que l'on peut rejeter pour la première période d'infection l'hypothèse d'une fièvre typhoïde.

Au sujet de la localisation thyroïdienne à bacilles d'Eberth, il est probable qu'elle ne s'est faite qu'à l'occasion de cette infection qui, diminuant la résistance du sujet, a permis la suppuration.

Ces observations permettent donc d'affirmer la possibilité des thyroïdites à bacilles d'Eberth sans fièvre typhoïde. Toutefois ces cas sont tout à fait exceptionnels, et, en raison de la possibilité de dothiénentéries atténuées pouvant passer inaperçues, il y aura lieu de fouiller dans les antécédents immédiats du malade afin d'y rechercher les troubles gastro-intestinaux qui, même légers, pourront mettre sur la voie du diagnostic étiologique.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE I

COMPLICATIONS DES THYROÏDITES TYPHIQUES

Nous aurions beaucoup gagné en clarté si nous avions parlé des complications que pouvait créer chacun des types de thyroïdite typhique immédiatement après l'exposé que nous avons fait de chacun d'eux. Nous avons cru cependant préférable d'en agir autrement et ceci dans l'espoir de mieux mettre en relief le parallèle que nous voulons établir entre les complications fonctionnelles consécutives aux diverses formes de thyroïdites typhiques : les *suppurées* produisant plutôt l'*hypothyroïdie;* les *non suppurées*, l'*hyperthyroïdie* ou la *dysthyroïdie.*

Avant d'en arriver là nous dirons quelques mots des complications immédiates auxquelles exposent les thyroïdites suppurées.

1° Complications immédiates des thyroïdites suppurées

Elles résultent de la compression imposée aux organes voisins et de la migration du pus dans les tissus.

La compression de la trachée se traduit par de la dyspnée, des crises de suffocation (Liebermeister) par du tirage, du cornage et parfois un tableau clinique rappelant celui de la dernière période du croup (Audureau).

La trachée peut encore avoir été déplacée, subissant ainsi des déformations (déformation en arc de cercle de Baradouline, en lame de sabre de Kümmer et Tavel).

La compression de l'œsophage se traduit par une gêne à la déglutition, celle du larynx par des troubles de la phonation. Beaucoup plus rares, mais aussi beaucoup plus graves sont les complications dues à la migration du pus dans les tissus voisins. L'ouverture dans la trachée cause en général une bronchopneumonie rapidement mortelle. Laveran cite cependant une observation dans laquelle le malade cracha tout à coup une certaine quantité de sang et de pus et se sentit soulagé. Il sortit de l'hôpital complètement guéri.

2° Complications éloignées des thyroïdites typhiques (complications fonctionnelles)

L'inflammation, qu'elle aboutisse ou non à la suppuration, n'est pas sans amener de profondes perturbations dans la constitution de la glande thyroïdienne. Ces modifications anatomo-pathologiques entraînent évidem-

ment des modifications parallèles de la sécrétion glandulaire. Elles se traduiront par les troubles appelés hypothyroïdie et hyperthyroïdie. Ces troubles de fonctionnement exagéré ou au contraire réduit de la glande peuvent indifféremment être causés par n'importe quelle forme, suppurée ou non, de thyroïdite typhique. Cependant il nous a semblé que les thyroïdites suppurées entraîneraient plus fréquemment l'hypothyroïdie, alors que l'hyperthyroïdie paraît être surtout le fait des formes non suppurées.

A) *L'hypothyroïdie, conséquence* de la thyroïdite typhique *suppurée*. Dans ce cas les transformations subies par la glande sont dues à la nécrose et à la sclérose réactionnelle.

La nécrose a abouti au pus, elle est limitée au point précis où la glande s'est abcédée. Elle paraît ne pas intervenir beaucoup dans la production des troubles d'hypofonctionnement glandulaire, car la nécrose n'intéresse jamais qu'une partie limitée de la glande, et les expériences faites sur les animaux permettent de constater qu'une simple portion de la glande restée saine suffit à en assurer la sécrétion interne de façon satisfaisante.

Mais la nécrose n'est pas tout. Autour du foyer infecté se fait dans les travées conjonctives une réaction de défense : elle se fait par néoformation et hyperplasie des éléments conjonctifs. Elle se traduit par l'hypertrophie en masse du corps thyroïde, hypertrophie que l'on constate dans les thyroïdites suppurées. Elle aboutit à la sclérose de ces travées.

MM. Roger et Garnier ont montré, dans leurs expériences sur les animaux, que les lésions scléreuses peuvent s'établir ainsi et remplacer peu à peu les éléments

différenciés : « Les cellules inaptes à la sécrétion, disent-ils, remplissent les vésicules qui sont vides de matières colloïdes, mais restent inactives et la glande se *transforme peu à peu* en un *bloc fibreux* renfermant à peine quelques îlots qui rappellent la structure vésiculaire normale. »

Cette transformation scléreuse de presque toute la glande produit tout naturellement l'hypothyroïdie et le myxœdème.

L'observation de M. Roger (Obs. XI), publiée ci-dessus, illustre cette façon de voir.

Nous rappelons qu'il s'agissait d'une convalescente de fièvre typhoïde qui fit une localisation thyroïdienne suppurée. Après l'incision, guérison rapide. Après guérison « *on sent*, dit M. Roger, une *hypertrophie* thyroïdienne de moyen volume qui fait saillie sous la peau ». Cela traduisait l'hypertrophie conjonctive.

Or cette malade fut revue 7 ans après par M. le professeur Roger, quelque temps avant la mobilisation de 1914. « Elle présentait, dit M. Roger, une obésité myxœdémateuse », signature de l'insuffisance thyroïdienne.

B) A ce cas nous opposons les trois observations que nous avons citées de thyroïdites non suppurées.

La malade de M. Antonin (Obs. XIX) présentait pendant son affection aiguë de nombreux signes d'hyperthyroïdie : l'accélération du pouls, le tremblement même, « à la fois spontané et intentionnel non modifié par la volonté ».

Ces troubles se sont en partie maintenus et actuellement la jeune malade conserve de la *tachycardie* marquée.

Ce cas de thyroïdite non suppurée s'est donc compliqué d'hyperthyroïdie.

Mais, et c'est là très intéressant à noter, nous trouvons dans cette observation (à côté de petits signes d'hyperthyroïdie) une série de petits signes (légère hypertension, sensation de chaleur, sueurs, insomnies), qui sont les témoins d'une hypersympathicotonie concomitante, et d'autre part des crises d'angoisse qui ont donné une allure impressionnante au début de la maladie.

Voyons un peu comment tous ces phénomènes peuvent se relier?

Pour ce qui est des phénomènes d'hypersympathicotonie, rien ne doit nous étonner. Nous savons bien, et l'on y a spécialement insisté dans un article il y a deux ans, que c'est certainement dans la maladie de Basedow que l'hypertonie sympathique est le plus manifeste.

Reste la question de la sensation d'angoisse. MM. Euzière et Margarot, qui ont étudié beaucoup de malades atteints de psychonévrose d'angoisse, ont constaté, dans l'intervalle des paroxysmes anxieux, la persistance des signes irrécusables d'hypersympathicotonie.

Cette malade illustre donc très bien ces relations étroites qui unissent l'hyperthyroïdie, le syndrome d'irritation sympathique et certaines manifestations psychiques telles que l'angoisse.

Les deux malades de Gilbert et de Benoit nous conduisent aux mêmes conclusions.

Dans l'*observation de Gilbert* (Obs. XVI), un mois après la convalescence de la fièvre typhoïde s'établit, après une légère *hypertrophie* du corps thyroïde, un éclat *spécial* du regard. Deux ans après, le goître *exophtalmique* était *typique*.

Dans celle de Benoit (Obs. XVIII), ce fut un mois après

la convalescence que s'établirent la tachycardie, le tremblement, l'augmentation de volume du cou.

Ces trois observations de thyroïdites typhiques non suppurées d'emblée (et nous n'en avons trouvé que quatre en tout) sont donc démonstratives en faveur de la tendance à l'hyperthyroïdie des malades atteints. Cependant l'hypothyroïdie peut aussi en être le résultat.

Ainsi le malade de Remlinger (*Arch. de méd. et pharmacie*), après une typhoïde, présenta plusieurs poussées de thyroïdites non suppurées. A la suite de ces phénomènes d'inflammation *chronique* il présenta du myxœdème.

Il est juste d'ajouter qu'il s'agissait ici de poussées successives de thyroïdite chronique, circonstance particulièrement favorable à la production de la sclérose interstitielle de la glande dont nous parlions au sujet des thyroïdites suppurées.

Quoi qu'il en soit, en présence de ces faits il nous paraît logique d'admettre que les thyroïdites suppurées se compliquent parfois d'hypothyroïdie, alors que les thyroïdites non suppurées sont plus fréquemment suivies d'hyperthyroïdie.

CHAPITRE II

CONCLUSIONS

1° Les thyroïdites sont des complications rares de la fièvre typhoïde. La condition étiologique qui paraît être la plus importante est la préexistence d'un goître. Les *thyroïdites typhiques* sont donc presque toujours des *strumites*.

2° C'est pendant la convalescence de la dothiénentérie que cette complication apparaît le plus souvent. Elle peut toutefois être beaucoup plus précoce et accompagner les phénomènes de début (Observ. Antonin, inédite, n° XIX), ou au contraire apparaître à la fin de la convalescence. Ces cas sont très rares.

La thyroïdite typhique peut enfin se voir en dehors de toute fièvre typhoïde (Observ. Planche et Bocca, n° XXI). Cas tout à fait exceptionnels.

3° Parmi les formes de cette affection, la plus fréquente est la forme suppurée. On peut trouver dans le pus du bacille d'*Eberth à l'état pur*, plus rarement du

bacille d'Eberth associé à d'autres bacilles; tout à fait exceptionnellement le pus est stérile.

4° Les thyroïdites typhiques non suppurées peuvent passer inaperçues en elles-mêmes. Ce sont les symptômes concomitants d'insuffisance glandulaire qui les font alors reconnaître. Le plus précoce de ces symptômes est l'*accélération du pouls*, très importante puisque la fièvre typhoïde présente au contraire classiquement la *dissociation du pouls*. Puis viennent le tremblement et l'éclat des yeux.

5° Les **thyroïdites typhiques suppurées** se compliquent surtout d'**hypothyroïdie**.

Les **thyroïdites typhiques non suppurées** se compliquent le plus souvent de tachycardie, de tremblement, en un mot de symptômes de dysthyroïdie ou d'hyperthyroïdie. Le syndrome basedowien peut en être la conséquence (Observ. Castaigne, n° XVII).

BIBLIOGRAPHIE

Achard. — Annales de médecine, juillet 1915, observation 14.

Audureau. — Thyroïdite suppurée au cours de la fièvre typhoïde (Arch. méd. d'Angers, 1902, VI, 276-281).

Audibert. — Le processus éberthien (Comité médical des B.-d.-R., déc. 1909).

Baatz. — Wien. med. Presse, 1892, n° 43.

Basso. — Th. Paris, 1892-1893.

Benoit. — Archives de neurologie.

Chantemesse. — Article fièvre typhoïde, *in* Traité de méd. Charcot et Bouchard, 1891.

Charvot. — Revue de chirurgie, 1890.

Chesnais. — Thyroïdites à bacille d'Eberth (Th. Paris, 1901-1902, n° 341).

Colzi. — Sperimentale, 1891.

Coissard. — Infection éberthienne et glande thyroïde (Th. Lyon, 1902-03).

Dehu. — Thèse Paris, 1892-93.

Deluil. — Thyroïdectomie dans les thyroïdites suppurées (Thèse Lyon, 1902-1903).

Dupraz. — Archives de médecine expérimentale, 1892.

Forgue. — Contribution à l'étude de la thyroïdite typhique (Arch. de méd. milit., 1886).

Garnier. — Thèse Paris, 1899.

Gilbert et Castaigne. — Société de biologie, 3 juin 1899.

Griesinger. — Traité des maladies infectieuses.

Gali. — Strumite post-typhoïdique purulente tardive et mal. Basedow secondaire (Deutsch. med. Woch., 3 juil. 1913).
Jeanselme. — Archives générales de médecine, 1892.
— Gazette des hôpitaux, 2 février 1895.
Kocher. — Deutsche Zeitschrift für Chir.
— Corresp. Blatt. für Schw. Aertze, 1892.
Kümmer et Tavel. — Revue de chir., 1891.
Lebert. — Frankheiten der Schildrüse (Breslau, 1862).
Nélaton. — Path. chirurgicale.
Niclot. — Méd. moderne, 1901.
Pinchaud. — Th. Paris, 1891.
Planche et Bocca. — Marseille méd., 1er oct. 1920.
Rascol. — Th. Paris, 1891.
Remlinger. — Arch. de méd. et pharm. militaires, 1899.
Roger (Henri). — Archives générales de médecine, 1er octobre 1907.
Roger et Garnier. — Soc. biol., 1er oct. 1898.
Rispal. — Thyroïdite à bac. d'Eberth (Toulouse médical, 1913).
Roux. — Lyon médical, 1888.
Sanarelli. — Annales de l'Institut Pasteur, 1892.
Taberle et Lemierre. — Un cas de thyroïdite (Soc. méd. hôp. Paris, 23 mai 1919).
Testevin. — Arch. de méd. et pharmacie, 1899.
Tourneux. — Progrès médical, 21 août 1920.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Contribution à l'étude étiologique et clinique des thyroïdites typhiques,

par Franc Tholance.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 5 juillet 1923.

Le Professeur,
RIMBAUD.

Vu :

Montpellier, le 5 juillet 1923.

Pr le Doyen,

L'Assesseur délégué,

FORGUE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 6 juillet 1923.

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!